

Scheidslijnen tussen eerste en tweede lijn belemmeren kwaliteit

Orthopedie gebaat bij anderhalvelijnszorg

prof. dr. Lodewijk van Rhijn,
orthopedisch chirurg, voorzitter
vakgroep orthopedie

dr. Marieke Spreeuwenberg,
universitair docent vakgroep
health services research

prof. dr. Dirk Ruwaard,
voorzitter vakgroep health
services research

Allen werkzaam in Maastricht
UMC+.

Correspondentieadres:
l.van.rhijn@mumc.nl;
c.c.: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling
gemeld.

Ook voor orthopediepatiënten is anderhalvelijnszorg een model dat patiënten, huisartsen en specialisten voordelen biedt. Lastig probleem daarbij is vooral nog dat de klassieke scheidslijnen tussen eerste en tweede lijn geslecht dienen te worden.

Anderhalvelijnszorg, hier gedefinieerd als zorg op het grensvlak van gedifferentieerde eerstelijnszorg en eenvoudige tweedelijnszorg gegeven in de eerste lijn, wordt steeds vaker geopperd als een middel om zorg te verbeteren en kosten te beheersen. Uit het visiedocument 'Medisch Specialist 2015' blijkt echter dat 64 procent van de medisch specialisten er geen voorstander van is.¹ De voorzitter van de projectgroep die dit visiedocument opstelde, Carina Hilders, zegt hierover: 'Kennelijk moet je verschil maken tussen verschillende vakgebieden. Een orthofoon heeft niets te zoeken in zo'n buurtgezondheidscentrum'.² Wij denken echter dat anderhalvelijnszorg in de orthopedie wel mogelijk en nuttig is. We beschrijven daartoe onze overwegingen, successen en moeilijkheden bij onze poging orthopedische anderhalvelijnszorg te organiseren.

Snelle ontwikkelingen

Gezien de snelle ontwikkelingen in diagnostiek en behandeling in de tweede en derde lijn, is het voor zorgverleners in de eerste lijn haast ondoenlijk om steeds nauwkeurig op de hoogte te zijn van de mogelijkheden en onmogelijkheden van nieuwe specialistische diagnostiek en behandelingen.

Daardoor verwijzen huisartsen regelmatig patiënten van wie achteraf gezegd kan worden dat specialistische zorg in het ziekenhuis voor

hen niet nodig was. Al in 1995 publiceerde het MUMC+ over de positieve resultaten van een gerandomiseerd onderzoek naar gemeenschappelijke spreekuren van orthofoon en huisarts in de eerste lijn.³ Van de groep patiënten die door beiden zijn gezien, werd 35 procent minder doorverwezen voor behandeling of diagnostiek, zonder dat dit negatieve effecten had op hun gezondheid of functioneren. Na een jaar waren van deze groep meer patiënten symptomvrij dan van degenen die op de reguliere manier waren verwezen. Dit huisartsencarouselproject, waarbij stafleden uit het UMC Maastricht eens per maand samen met een groep huisartsen spreekuur houden, draait naar tevredenheid. Door de relatief lage frequentie is de effectiviteit echter niet optimaal.

We zouden dit project willen uitbreiden tot anderhalvelijnszorg omdat we daar voordelen van verwachten voor de patiënt, de huisarts en de specialist. Voor de patiënt is de eerste lijn dichtbij en zorgverleners in de eerste lijn zijn meestal beter op de hoogte van multimorbiditeit en beperkingen, de thuissituatie en dergelijke. Hierdoor kunnen gerichtere beslissingen over diagnostiek en behandeling worden genomen dan op de poli orthopedie. De huisarts kan door de anderhalvelijnszorg zijn kennis en netwerk versterken. Om de investering in tijd en organisatie te laten renderen, moet er worden samengewerkt met meer gezondheidscentra, waarin naast huisartsen ook fysiotherapeuten en oefentherapeuten actief zijn. Juist voor de orthopedie is het nood-

In de orthopedie is het noodzakelijke aantal patiënten snel haalbaar



Potentieel komt 20 procent van de orthopediepatiënten in aanmerking voor een consult op de anderhalvelijnspoli.

zakelijke aantal patiënten snel haalbaar, omdat in de eerste lijn patiënten met klachten van het bewegingsapparaat het talrijkst zijn.⁴

Een belangrijke onderdeel in deze opzet is de inzet van orthopedisch opgeleide nurse practitioners (NP) in de eerste lijn. Inhoudelijk brengen NP's kennis mee uit de tweede lijn, organisatorisch kunnen zij werken onder de regie van de huisarts en hun verpleegkundige achtergrond heeft in deze setting een meerwaarde. Ten slotte kunnen ook het ziekenhuis en de specialist profiteren van deze taakverschuiving: in het ziekenhuis komt capaciteit vrij voor het opvangen van de, door de vergrijzing onvermijdelijk, toenemende vraag naar ziekenhuiszorg.

Anderhalvelijnspoli

Ondanks al deze mogelijke voordelen is het ons nog niet gelukt een anderhalvelijnproject van de grond te krijgen. Wel zijn we in de tweede lijn, op de poli orthopedie, een pilotproject gestart voor patiënten met knieklachten, dat zoveel mogelijk functioneert zoals we ons anderhalvelijnzorg voorstellen.

Uit een eerder doorlopen Lean-project weten we dat potentieel 20 procent van de verwezen patiënten in aanmerking komt voor consult op een anderhalvelijnspoli. Dit waren de patiënten die aan één specialistisch consult voldoende hadden. Bovendien bleek dat de benodigde kennis voor veel van deze consulten aan een

nurse practitioner (NP) is over te dragen. Ook het aanmeldingsprofiel van deze patiënten werd duidelijk uit het Lean-onderzoek. Daarom kunnen we nu patiënten door middel van nieuwe triage bij aanmelding indelen op een reguliere poli of op de 'anderhalvelijnspoli'.

Hier doet de nurse practitioner de consulten onder supervisie van een orthopeed. De NP heeft voldoende tijd om patiënten uitgebreid te onderzoeken en hun verwachtingen en omstandigheden te bespreken. Op grond van de bevindingen krijgen patiënten specialistische informatie over progressiepreventie en self-management van hun klachten. Zo nodig verricht de NP kleine interventies.

De eerste resultaten (260 patiënten) wijzen uit dat patiënten de poli beoordelen als zeer goed (8,8 uit 10). Meer dan 90 procent is tevreden tot zeer tevreden over de gegeven informatie, de deskundigheid en de mogelijkheden tot meebevelen. Een kleine groep patiënten (12%) wordt alsnog doorverwezen voor een operatie of artroscopie. Een grotere groep wordt verwezen naar een fysiotherapeut (35%). Bij 41 procent vindt een kleine ingreep plaats, zoals een injectie in een gewricht. Deze resultaten maken dat we blijven zoeken naar een organisatievorm en een financiële structuur om het pilotproject uit te breiden en over te hevelen naar de eerste lijn zodat het echt anderhalvelijnzorg kan worden.

Valkuilen

Daarbij stuiten we op valkuilen en problemen: in het huidige gefragmenteerde en inconsistente bekostigingstelsel worden dergelijke projecten niet gefaciliteerd, eerder tegengewerkt. Belangrijk in het kader van integrale en kostenefficiënte zorg, maar ook om de investering voor het ziekenhuis rendabel te houden, is bijvoorbeeld dat patiënten niet alsnog naar andere ziekenhuizen, zelfs in het buitenland, worden verwezen. Hierover moeten afspraken kunnen worden gemaakt tussen huisartsen en ziekenhuizen. In het huidige stelsel echter, heeft elke groep zijn eigen belangen. Het succes voor de een, kan voor de ander een afnemende patiëntenstroom betekenen. In een markt is het dan voor de 'verlieslijdende partij' uit lijfsbehoud noodzakelijk nieuwe inkomsten te genereren. Dat leidt vanzelfsprekend tot kostenstijging op macroniveau, en dus tot bekostigingsproblemen.

Betaalbare verbetering

Om de gezondheid en kwaliteit van leven van de bevolking op een hoog peil te houden én de kosten te beheersen, is samenwerking nodig,

Het is hoopgevend dat verzekeraars interesse hebben in anderhalvelijnzorg

De jaarrekening

Een van mijn favoriete oneliners is dat er niet één ziekenhuisbestuurder is die zijn eigen jaarrekening begrijpt. Die uitspraak komt me regelmatig op een stevige reprimande te staan. 'Speak for yourself', hoor ik dan een collega zeggen, om vervolgens te mogen vernemen hoe helder iedere regel van zijn jaarrekening wel niet is. Soms krijg ik echter steun. Een collega illustreerde in *Skipr* enkele onnavolgbare uitwassen van ons bekostigingssysteem. Dat had hij beter niet kunnen doen. Er kwam meteen een reactie van een lezer die het schandelijk vond dat dermate incompetent ziekenhuisbestuurders daar nog 225.000 euro of meer voor vangen ook.

Natuurlijk tast ik niet volledig in het duister als het om onze bedrijfsvoering gaat. Ik weet redelijk goed hoe onze kostenstructuur eruitziet. Op basis van vergelijkingen met andere ziekenhuizen weet ik ook waar we doelmatig zijn, en waar niet. In huis weet men het echter vaak beter. Vooral waar ik meen dat de doelmatigheid kan worden verbeterd. Dan krijg ik te horen dat de benchmark niet deugt, onze zorgzwaarte niet vergelijkbaar is, of de overhead – waarbij indringend in mijn richting wordt gekeken – eenzijdig op het betreffende specialisme wordt afgewenteld. Enfin.

Het echte probleem zit bij de opbrengsten. Daar werken we nu met een budgetstelsel, een A&B-segment voor uitlooptijd, een nieuw A-segment, B-oud en B-nieuw voor DOT's, een schaduwbudget met een transitierégime en zo verder. Volgt u het? Mijn accountant en die van alle andere ziekenhuizen niet meer. Niet één ziekenhuis zal voor de jaarrekening 2012 een goedkeurende verklaring krijgen. Door de complexiteit kunnen accountants niet meer met voldoende zekerheid het resultaat vaststellen. Ik hoef mijn onliner, helaas, nog niet in te slikken.

Hugo Keuzenkamp, lid van de raad van bestuur van het Westfriesgasthuis


SAMENVATTING

- Anderhalvelijnszorg in de orthopedie zou relatief veel patiënten kunnen bereiken en kan in een behoefte voorzien.
- Anderhalvelijnszorg kan bijdragen aan integrale en integere zorg en het betaalbaar houden van specialistische zorg.
- De huidige bekostiging faciliteert de ontwikkeling naar integrale zorg niet.
- Alle partijen moeten samenwerken om deze omslag te maken.

geen concurrentie over de hoofden van patiënten. Succes zou niet gemeten moeten worden aan de winstgevendheid van een praktijk of instelling. De bekostiging zou niet gericht moeten zijn op verrichtingen en 'productie'. Succes is: betaalbare verbetering van gezondheidsparameters in de bevolking op de lange termijn. Het verplicht – uit lijfsbehoud – moeten denken in termen als 'concurrentiepositie' en 'markt' en dus gericht zijn op kortetermijnsucces en het niet-delen van informatie, werkt hierbij belemmerend.

Veel zorgprofessionals vinden dat voor de bepaling van wat goed en kosteneffectief is, integrale en integere zorg het uitgangspunt zou moeten zijn: de juiste patiënt op de juiste plek op het juiste moment. Niet meteen een ingreep of operatie, maar in overleg met de patiënt doen wat de beste kwaliteit van leven oplevert, nu en op de langere termijn. Samen met de verschillende disciplines en de patiënt ervoor zorgen dat we dat doel voor ogen houden. Dat betekent dat een deel van de zorg die nu in ziekenhuizen wordt gegeven, effectiever in samenwerking met de eerste lijn kan worden gegeven. Of juist: dat de financiële en organisatorische scheidslijnen tussen eerste en tweede lijn worden geslecht en er anderhalvelijnszorg ontstaat, waar de kennis, vaardigheden en ervaring van het ziekenhuis en van de eerste lijn elkaar aanvullen en versterken. Dat draagt bij aan kwalitatief hoogstaande, betaalbare zorg, zo dicht mogelijk bij huis.

Kanteling in denken en doen

Is de tijd rijp om een dergelijke kanteling in denken en doen te realiseren? Om de transitie naar integrale en integere zorg te kunnen maken is onder andere inzicht in de gezondheidsparameters en in de gemaakte kosten per regio nodig. Ziektekostenverzekeraars hebben hierin een grote rol, omdat zij regionaal en supra-regionaal overzicht hebben van kosten en patiëntenstromen. Maar hun belangen zijn veelomvattender. Ook zij streven naar kwalitatief goede zorg die leidt tot een betere gezondheid van hun verzekerde populatie en dan uiteraard voor de juiste prijs. Dit mede in het licht van de ruime verdubbeling van de zorgkosten gedurende het afgelopen decennium. Het is dan ook hoopgevend dat verzekeraars als VGZ en CZ, met een dominantie in Zuid-Limburg, gesprekken voeren met diverse partijen over een regionale aanpak van zorg en daarbij een luisterend oor hebben voor het verder ontwikkelen van anderhalvelijnszorg. 



Een eerder MC-artikel over dit onderwerp vindt u bij dit artikel op www.medischcontact.nl.